

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang Masalah

Kesehatan adalah hal yang penting bagi manusia, kondisi tubuh yang sehat dapat mendukung individu untuk melakukan beragam aktivitas tanpa dibatasi oleh rasa sakit atau gejala lainnya yang diakibatkan oleh penyakit. Individu yang sehat juga cenderung lebih bersemangat untuk beraktivitas dan berinteraksi dengan orang di sekitarnya. Upaya untuk memperoleh tubuh yang sehat antara lain berolahraga secara rutin, mengonsumsi makanan yang sehat dengan nutrisi dan gizi yang tepat, serta tidur dan istirahat yang cukup.

Konsep kesehatan sering didefinisikan sebagai ketiadaannya tanda-tanda objektif yang menyatakan bahwa tubuh tidak berfungsi dengan sebagaimana mestinya dan gejala-gejala subjektif dari penyakit atau cedera seperti rasa sakit (Sarafino, 2011). Klinisi di bidang kedokteran awalnya mengukur *outcome* dari penanganan medis melalui data-data objektif seperti tekanan darah, detak jantung, atau temperatur tubuh yang menunjukkan bahwa gejala penyakit telah mereda dan tubuh pasien telah kembali ke keadaan normal/sehat kembali. Namun, konsep ini dianggap kurang sesuai karena konsep sehat dan sakit bukanlah konsep yang berkebalikan melainkan suatu kontinum. Individu yang tidak menunjukkan atau merasakan gejala-gejala penyakit belum tentu dapat dikatakan sehat dan individu yang kelebihan berat badan belum tentu dapat dikatakan sepenuhnya sakit. Adanya perbedaan pandangan tentang kesehatan mendorong munculnya perspektif-perspektif baru dalam memahami konsep kesehatan. Salah satunya adalah pendekatan biopsikososial yang berangkat dari definisi *World Health Organization* (WHO) tentang kesehatan. Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan *well-being* yang utuh secara fisik, mental, dan sosial, serta bukan hanya ketiadaan penyakit atau

kelemahan fisik (Morrisson, 2009). Pendekatan ini memahami kesehatan dengan mempertimbangkan seluruh aspek dari kehidupan individu, meliputi area biologis, psikologis, dan sosialnya.

Menurut Menteri Kesehatan Nila F. Moeloek, 65% dari 250 juta penduduk Indonesia menderita penyakit (Noviani, 2015). Jumlah ini jauh melampaui rentang normal di negara lainnya, yaitu 10-15% dari jumlah penduduk total. Berdasarkan *Sample Registration Survey* (SRS) yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan pada 41.950 kematian di Indonesia sepanjang tahun 2014, penyakit dan penyebab kematian dengan angka kematian tertinggi di Indonesia secara berurutan meliputi *stroke* (21,1%), penyakit jantung dan pembuluh darah (12,9%), diabetes melitus dan komplikasinya (6,7%), tuberkulosis dan penyakit pernapasan (5,7%), hipertensi dan komplikasinya (5,3%), Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) (4,9%), penyakit hati (2,7%), kecelakaan lalu lintas (2,6%), *pneumonia* (2,1%), dan gastroenteritis (1,9%) (Widowati, 2015).

Salah satu penyakit penyebab kematian tertinggi di Indonesia adalah diabetes melitus pada peringkat ketiga (6,7%). Diabetes melitus (DM) adalah kelainan metabolisme yang menyebabkan tubuh tidak dapat mengolah gula dalam darah sebagaimana harusnya sehingga kadar gula dalam darah menjadi tinggi. Gejala-gejala yang dialami oleh seluruh penderita diabetes meliputi meliputi rasa haus yang berlebihan, pengelihan menjadi kabur, sering buang air kecil di malam hari, dan perasaan lelah yang berkepanjangan tanpa sebab. Hal yang membuat diabetes melitus berbeda dengan penyakit kronis lainnya adalah peluang untuk mengembangkan penyakit penyerta atau komplikasi. Kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu lama meningkatkan kemungkinan akan komplikasi diabetes. Selain itu, kadar gula darah yang tinggi juga sering disertai dengan kondisi terkait seperti tekanan darah tinggi dan kadar kolesterol yang tinggi. Kedua kondisi tersebut berkontribusi terhadap sirkulasi darah

yang buruk sehingga menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada organ jantung, ginjal, mata, dan saraf tertentu (American Diabetes Association, 2005).

Berdasarkan data International Diabetes Federation (IDF) tahun 2013, Indonesia memiliki sekitar 9,1 juta penderita diabetes dan menempati urutan ketujuh tertinggi di dunia. Angka ini diprediksi akan terus meningkat. WHO memprediksi Indonesia akan memiliki penyandang diabetes melitus sebanyak 21,3 juta pada tahun 2030. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung Rita Verita, terdapat 33.600 penderita DM di Bandung pada tahun 2013. Angka ini mengalami peningkatan sebanyak 60% dimana penderita DM hanya sebanyak 21.400 orang pada tahun 2012 (Ramdhani, 2017).

Diabetes melitus terdiri atas 3 jenis utama, yaitu diabetes tipe I, tipe II, dan tipe III. Seluruh tipe diabetes mengakibatkan tubuh penderitanya mengalami kadar gula yang tinggi dalam darah. Pada diabetes tipe I, penderita mengalami defisiensi insulin absolut dimana tubuhnya hanya memproduksi insulin dalam jumlah sedikit atau tidak sama sekali sehingga tidak cukup untuk mengolah gula darah. Insulin adalah hormon yang berperan memindahkan gula dari darah ke dalam sel tubuh untuk menghasilkan energi. Defisiensi insulin absolut terjadi karena penderita diabetes tipe I mengalami *autoimmunity* yaitu kondisi dimana *beta cells* yang memproduksi insulin dihancurkan oleh sistem imun tubuh. Gangguan sistem imun tubuh ini berkaitan erat dengan gen yang diturunkan melalui riwayat keluarga. Secara fisik, penderita diabetes tipe I mungkin tampak bugar dan memiliki berat badan yang proporsional. Ketika tubuh penderita diabetes tipe I mulai berhenti memproduksi insulin, gejala-gejala diabetes muncul secara tiba-tiba sehingga mudah untuk dideteksi secara dini. Hal ini berbeda dengan penderita diabetes tipe II, dimana gejala-gejala diabetes biasanya dialami penderita dalam jangka waktu panjang tanpa disadari. Diabetes tipe II adalah diabetes yang disebabkan oleh defisiensi insulin relatif, resistensi insulin, atau gabungan keduanya. Defisiensi insulin relatif terjadi karena konsumsi gula dalam jumlah tinggi sehingga insulin yang diproduksi tidak cukup untuk memindahkan

zat gula ke dalam sel tubuh. Resistensi insulin berkaitan erat dengan kandungan lemak tubuh berlebih sehingga sel tubuh tidak bereaksi terhadap insulin sebagaimana mestinya. Tipe II biasanya terjadi akibat konsumsi gula dalam jumlah tinggi serta kurang berolahraga sehingga penderita diabetes tipe II pada umumnya memiliki kelebihan berat badan atau obesitas. Gejala-gejala diabetes biasanya dialami penderita diabetes tipe II secara ringan selama bertahun-tahun hingga akhirnya dapat dideteksi. Hampir 50% dari penderita diabetes tipe II tidak mengetahui dirinya memiliki diabetes dan baru mengunjungi dokter dalam keadaan kronis atau telah mengembangkan penyakit penyerta. Diabetes tipe III atau *gestational diabetes* adalah diabetes yang muncul pada beberapa kasus sepanjang masa kehamilan dan mereda setelah persalinan. Diabetes yang sering ditemui adalah diabetes tipe I dan tipe II (American Diabetes Association, 2005).

Penderita diabetes tidak hanya mengalami hambatan secara fisik akibat diabetes dan komplikasi yang diderita, tetapi juga beban secara psikologis. Depresi dan gangguan kecemasan banyak ditemukan pada penderita diabetes baik tipe I maupun tipe II dengan tingkat prevalensi 2 kali lebih tinggi daripada populasi nondiabetes (Llewelyn, 2003). Di masa awal penyakit, diagnosis penyakit diabetes dapat membuat penderita diabetes merasa marah, takut, atau merasa bersalah. Saat mengembangkan komplikasi, penderita diabetes dapat merasa kecewa karena usaha yang telah dilakukan untuk mencegah komplikasi tidak berhasil. Selain itu, penderita diabetes juga dapat merasa komplikasi yang diderita membatasi kegiatannya sehari-hari. Beradaptasi dengan penyakit penyerta dan hambatan yang ditimbulkannya juga dapat meningkatkan tingkat *stress* dan perasaan negatif pada penderita diabetes (American Diabetes Association, 2005). Kepribadian tipe D yang dikarakterisasi oleh *negative affectivity* (kecenderungan untuk mengalami emosi negatif sepanjang waktu atau situasi tertentu) dan *social inhibition* (kecenderungan untuk menahan diri dalam mengungkapkan emosi pada

interaksi sosial untuk menghindari penolakan sosial) banyak ditemukan pada penderita diabetes tipe II (Van Dooren, 2016).

Diabetes hingga saat ini belum dapat disembuhkan melalui medikasi atau penanganan medis. Rumah sakit memberikan penanganan berupa medikasi, konsultasi gizi, program *self-management* untuk diabetes, penanganan untuk komplikasi, dan penanganan untuk keadaan darurat bagi penderita diabetes, namun penanganan tersebut tidak bisa menyembuhkan diabetes yang diderita penderita diabetes sepenuhnya. Diabetes adalah penyakit kronis yang berarti penderita diabetes akan mengalami penyakit diabetes sepanjang hidupnya. Akan tetapi, penderita diabetes dapat tetap menjalani kehidupan normal dengan melakukan manajemen diabetes. Manajemen diabetes adalah bentuk *self-management* yang dilakukan penderita diabetes dengan mengatur pola makan yang sehat dan seimbang, olahraga, pengawasan gula darah, dan penggunaan bantuan insulin serta medikasi apabila diperlukan. Penderita diabetes tipe I tidak memproduksi insulin dalam tubuhnya sehingga sangat bergantung pada injeksi insulin pada keadaan sehari-hari. Namun, konsumsi makanan dan aktivitas fisik juga memengaruhi kadar gula darah sehingga penderita diabetes tipe I juga perlu memperhatikan asupan makanan dan aktivitas fisik dalam manajemen diabetesnya. Di sisi lain, kunci utama manajemen diabetes bagi penderita diabetes tipe II adalah pola makan seimbang dan olahraga rutin. Beberapa penderita diabetes tipe II terkadang membutuhkan injeksi insulin atau medikasi untuk membantu mengatasi kadar gula darah yang terlalu tinggi, namun kebiasaan makan sehat dan seimbang serta olahraga tetap menjadi *treatment* utama dalam mengendalikan diabetes tipe II. Menurunkan berat badan dan meningkatkan kebugaran fisik dengan berolahraga serta menjaga asupan makanan yang seimbang membantu meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap insulin dan juga menjaga gula darah pada keadaan yang lebih rendah (American Diabetes Association, 2005).

Manajemen diabetes dapat menjadi tantangan yang berat bagi penderita diabetes. Penderita diabetes harus memperhatikan kadar gula dari makanan yang dikonsumsi dan aktivitas fisik yang dilakukan sepanjang waktu untuk menjaga kadar gula darah mendekati normal. Hal ini dapat menjadi hal yang berat bagi penderita diabetes yang terbiasa mengonsumsi makanan sebagai bentuk *coping* dan tidak berolahraga secara rutin. Selain itu, rendahnya dukungan dari keluarga dan teman dapat mempersulit penderita diabetes dalam menjalankan manajemen diabetes (Nash, 2013). Penderita diabetes dapat mengalami kesulitan mengubah pola makannya karena anggota keluarga tidak membantu menyediakan makanan sehat bagi penderita atau bersikap ‘tak acuh’ dan tidak ikut mengubah pola makan untuk membantu adaptasi penderita. Pertemuan sosial dengan teman yang melibatkan kegiatan makan juga dapat memberikan tantangan bagi penderita diabetes dalam menjaga pola makan yang sehat dan seimbang. Teman-teman dari penderita diabetes dapat memengaruhi penderita untuk melupakan sejenak manajemen diabetesnya sehingga dapat mempersulit adaptasi penderita. Pada penderita diabetes tipe I dan diabetes tipe II yang menggunakan insulin, penderita perlu memperhatikan jumlah insulin yang harus diinjeksikan ke dalam tubuh dan jadwal pemberian injeksi. Ketergantungan terhadap insulin juga dapat menghasilkan beban finansial bagi penderita diabetes dan keluarga. Selain itu, penderita diabetes juga harus selalu memperhatikan sinyal-sinyal tubuhnya sepanjang waktu untuk memastikan kadar gula darahnya mendekati normal.

Tuntutan dari manajemen diabetes yang berat dan kontinu, dampak dari manajemen diabetes terhadap aspek lain dari kehidupan penderita, serta tidak adanya kemungkinan untuk sembuh dapat memengaruhi *adherence* penderita diabetes. *Adherence* adalah perilaku pasien mengikuti anjuran medis dari praktisi kesehatan. Ketika *treatment* yang diberikan tidak memenuhi harapan pasien dan tidak memberikan perubahan jelas yang dihayati pasien, *adherence* pasien dapat terpengaruh (Higginson, 2001). Penderita diabetes dapat berhenti menjalankan *treatment* yang dianjurkan dokter, seperti manajemen diabetes yang dapat

memperparah kondisi kesehatan penderita diabetes. Menjaga pola makan dan berolahraga adalah manajemen diabetes yang dilaporkan penderita diabetes sebagai perilaku yang paling sulit untuk dilakukan (Snoek, 2005). Pada penderita diabetes tipe I, penderita umumnya hanya menjaga asupan makanannya selama 60-70% dari waktu keseluruhan. Penderita diabetes tipe I cenderung mengonsumsi lemak lebih dari 40% kalori dalam sehari dimana konsumsi lemak harian yang dianjurkan tidak boleh melebihi 30%. Dalam hal olahraga, hanya 30% penderita diabetes tipe I yang mengikuti anjuran olahraga yang ideal. Pada penderita diabetes tipe II, penderita umumnya hanya melakukan olahraga selama 50% dari waktu olahraga yang dianjurkan dan hanya 42% penderita yang memeriksa gula darahnya lebih dari 1 kali sehari. Penderita diabetes tipe II juga cenderung kesulitan untuk mempertahankan pola makan, olahraga, pemeriksaan gula darah, dan penggunaan medikasi tambahan setelah jangka waktu yang panjang (Llewelyn, 2003). Untuk dapat terus menjalankan manajemen diabetesnya sesuai anjuran dokter meskipun tidak ada kemungkinan untuk sembuh, penderita diabetes memerlukan *quality of life* yang tinggi.

Quality of life (QOL) menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem-sistem nilai tempat tinggal individu dan kaitannya dengan *goals*, ekspektasi, standar, dan kekhawatiran individu. Posisi individu dalam kehidupannya diukur berdasarkan persepsi individu dalam 4 ranah kehidupannya, yaitu ranah kesehatan fisik, psikologis, relasi sosial, dan lingkungan (WHO, 1996). *Quality of life* adalah konsep yang luas dan multidimensional yang digunakan pada populasi umum. Akan tetapi, konsep ini terlalu luas dan kurang sensitif terhadap kondisi-kondisi yang spesifik seperti pada kasus diabetes. Pada kasus diabetes, lebih tepat apabila digunakan konsep *health-related quality of life* (HR-QOL) atau *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL). *Diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) mengacu pada persepsi penderita mengenai bagaimana diabetes memengaruhi *well-being* dirinya pada tiga area fungsi yaitu fisik,

psikologis, dan sosial dirinya (Polonsky, 2000). Fungsi fisik berkaitan dengan *well-being* penderita secara fisik yang dipengaruhi oleh diabetes yang diderita. Fungsi psikologis berkaitan keadaan emosional penderita yang dipengaruhi oleh diabetes. Fungsi sosial berkaitan dengan kuantitas dan kualitas relasi sosial penderita dengan orang-orang di sekitarnya yang dipengaruhi oleh diabetes.

Diabetes memiliki dampak yang negatif terhadap *quality of life* penderitanya. Pada penelitian yang dilakukan oleh Redekop dkk (2002) menggunakan instrumen generik EuroQOL 5-D, pasien diabetes tipe II yang berjenis kelamin perempuan, berusia lanjut, dan pasien dengan durasi penyakit lebih lama memiliki skor HRQOL yang lebih rendah daripada pasien lain. Pasien yang menggunakan terapi insulin memiliki skor HRQOL yang lebih rendah daripada pasien yang menggunakan terapi oral, sedangkan pasien yang hanya mengatur pola makan yang seimbang memiliki skor HRQOL yang lebih tinggi. Pasien diabetes tipe II tanpa komplikasi memiliki skor HRQOL tertinggi ketika dibandingkan dalam kelompok pasien diabetes tipe II dan memiliki skor yang sedikit lebih rendah daripada individu seusianya dari populasi umum. Dampak negatif akibat diabetes pada QOL juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Botic-Zivanovic dkk (2012). Dari penelitian yang dilakukan pada 90 pasien diabetes menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF, ditemukan bahwa pasien diabetes memiliki skor QOL yang lebih rendah pada keempat ranah secara signifikan. Ranah yang mengalami pengaruh terbesar akibat diabetes adalah ranah fisik dimana 41% pasien mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan 30% pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Pada pasien dengan komplikasi (83%), skor pada ranah fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan jauh lebih rendah daripada pasien tanpa komplikasi.

Berdasarkan hasil wawancara survei awal dengan 3 penderita diabetes tipe II dan 1 penderita diabetes tipe I, keluhan awal yang dialami keempat penderita meliputi selalu merasa lapar dan haus, sering mudah mengantuk atau mengalami sakit kepala, serta sering terbangun

di malam hari untuk buang air kecil. Setelah menemui dokter dan didiagnosis memiliki diabetes, keempat penderita mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan diabetes dan manajemen diabetes. Satu penderita merasa kesulitan mengubah pola makannya sehingga menjadi lebih mudah marah terhadap pasangan dan keluarganya serta sering mencari kesempatan untuk makan di luar rumah; satu penderita kesulitan menemukan obat yang cocok bagi dirinya sehingga sering merasa lemas dan mengalami gangguan pencernaan; satu penderita sering merasa tidak bersemangat, merasa diri menjadi beban bagi keluarga, dan kesulitan menolak makanan tinggi kolesterol ketika sedang berkumpul dengan keluarga; dan satu penderita lainnya sengaja menyembunyikan penyakitnya dari orang lain karena tidak mau dipandang sebagai orang yang lemah. Tiga dari empat penderita mengembangkan komplikasi. Tiga penderita saat ini cukup mengatur pola makan yang seimbang, berolahraga, dan memonitor gula darah secara rutin untuk mengendalikan diabetesnya, sedangkan satu penderita masih menggunakan bantuan insulin untuk mengendalikan diabetesnya. Berdasarkan hasil wawancara tersebut, ditarik kesimpulan bahwa dari empat penderita diabetes dua penderita mengalami penurunan *self-esteem* setelah menderita diabetes sehingga diasumsikan memiliki derajat ranah fungsi psikologis yang rendah. Satu dari empat penderita merasa kesulitan menikmati waktu bersama keluarga karena tidak bisa mengonsumsi makanan yang sama, dan satu dari empat penderita mengalami lebih banyak konflik dengan pasangan dan keluarga sehingga diasumsikan memiliki derajat ranah fungsi sosial yang rendah. Dari empat penderita diabetes, derajat ranah-ranah DS-QOL bervariasi pada tiap penderita.

Dari pemaparan fenomena dan survei awal di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai gambaran ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus di Indonesia.

1.2. Identifikasi Masalah

Dari penelitian ini ingin diketahui bagaimanakah gambaran derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus.

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1. Maksud Penelitian

Untuk memperoleh data dan gambaran mengenai ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus.

1.3.2. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Kegunaan Teoretis

- Memberikan informasi pada bidang ilmu Psikologi khususnya Psikologi Kesehatan mengenai gambaran ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus.
- Memberikan informasi bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian lanjutan mengenai ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL).

1.4.2. Kegunaan Praktis

- Memberikan informasi bagi dokter internis, dokter gizi, dan pengurus klub diabetes mengenai gambaran ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus. Informasi ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam merancang program bantuan untuk meningkatkan derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes.

- Memberikan informasi bagi psikolog di bidang kesehatan mengenai gambaran ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes melitus. Informasi ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam merancang bentuk-bentuk intervensi untuk meningkatkan derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita diabetes.
- Memberikan informasi bagi penderita diabetes melitus mengenai gambaran ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) yang dimiliki. Informasi ini dapat digunakan penderita dan keluarga dalam mempertimbangkan penanganan apa yang akan diambil untuk meningkatkan atau mempertahankan derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada penderita.

1.5. Kerangka Pemikiran

Penderita diabetes adalah individu penderita kelainan metabolisme yang terkarakterisasi oleh kadar gula dalam darah yang tinggi secara berkepanjangan. Gejala-gejala yang dialami penderita diabetes meliputi rasa haus yang berlebihan, pengelihan kabur, sering buang air kecil di malam hari, dan perasaan lelah yang berkepanjangan tanpa sebab. Gejala-gejala tersebut sering dialami oleh orang pada umumnya sehingga banyak penderita diabetes yang memiliki kadar gula darah yang tinggi tanpa menyadarinya. Kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu lama meningkatkan kemungkinan akan komplikasi diabetes (American Diabetes Association, 2005). Komplikasi diabetes adalah keadaan dimana penderita diabetes mengembangkan penyakit-penyakit penyerta akibat diabetes. Penderita diabetes dapat mengembangkan penyakit penyerta seperti penyakit jantung, masalah sirkulasi darah, kerusakan saraf, penurunan fungsi pengelihan, penyakit ginjal, hingga masalah gigi dan gusi (Metzger, 2006).

Penderita diabetes tidak hanya mengalami hambatan secara fisik akibat diabetes dan komplikasi yang diderita, tetapi juga beban secara psikologis. Di masa awal penyakit, diagnosis penyakit diabetes dapat membuat penderita diabetes merasa marah, takut, atau merasa bersalah. Saat mengembangkan komplikasi, penderita diabetes dapat merasa kecewa karena usaha yang telah dilakukan untuk mencegah komplikasi tidak berhasil. Selain itu, penderita diabetes juga dapat merasa komplikasi yang diderita membatasi kegiatannya sehari-hari. Beradaptasi dengan penyakit penyerta dan hambatan yang ditimbulkannya juga dapat meningkatkan tingkat *stress* dan perasaan negatif pada penderita diabetes (American Diabetes Association, 2005).

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang hingga saat ini tidak dapat disembuhkan dengan medikasi atau penanganan medis, namun penderita diabetes dapat mengendalikan diabetes yang diderita dengan melakukan manajemen diabetes. Perilaku dan aktivitas dari manajemen diabetes meliputi olahraga rutin, pengaturan pola dan asupan makanan, konsumsi obat pengatur gula darah, dan pengecekan kesehatan secara teratur (Holt, 2010). Manajemen diabetes dapat menjadi tantangan yang berat bagi penderita diabetes karena penderita harus memperhatikan kadar gula dari makanan yang dikonsumsi dan aktivitas fisik yang dilakukan sepanjang waktu untuk menjaga kadar gula darah mendekati normal. Hal ini dapat menjadi hal yang berat bagi penderita yang terbiasa mengonsumsi makanan sebagai bentuk *coping* dan tidak berolahraga secara rutin. Selain itu, rendahnya dukungan dari keluarga dan teman dapat mempersulit penderita diabetes dalam menjalankan manajemen diabetes (Nash, 2013). Tuntutan dari manajemen diabetes yang berat dan kontinu, dampak manajemen diabetes terhadap aspek lain dari kehidupan penderita, serta tidak adanya kemungkinan untuk sembuh dapat memengaruhi *adherence* penderita diabetes. *Adherence* adalah perilaku pasien mengikuti anjuran medis dari praktisi kesehatan. Ketika *treatment* yang diberikan tidak memenuhi harapan pasien dan tidak memberikan perubahan jelas yang dihayati pasien, *adherence* pasien dapat terpengaruh (Higginson, 2001). Untuk dapat terus menjalankan manajemen diabetesnya

sesuai anjuran dokter meskipun tidak ada kemungkinan untuk sembuh, penderita diabetes memerlukan *quality of life* yang tinggi.

Polonsky (2000) mendefinisikan *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) sebagai persepsi penderita mengenai bagaimana diabetes memengaruhi *well-being* dirinya pada tiga area fungsi yaitu fisik, psikologis, dan sosial dirinya. Fungsi fisik berkaitan dengan *well-being* penderita secara fisik yang dipengaruhi oleh diabetes yang diderita. Fungsi psikologis berkaitan dengan keadaan emosional penderita yang dipengaruhi oleh diabetes. Fungsi sosial berkaitan dengan kuantitas dan kualitas relasi sosial penderita dengan orang-orang di sekitarnya yang dipengaruhi oleh diabetes.

Fungsi fisik adalah ranah yang berkaitan dengan persepsi individu tentang keadaan dan kapasitas fisiologis dirinya yang dipengaruhi oleh diabetes. Berdasarkan pandangan medis, aspek-aspek dari fisik yang mengalami dampak signifikan akibat diabetes adalah kontrol gula darah, kualitas dan kuantitas tidur, tingkat energi, dan rasa sakit. Penderita diabetes yang memiliki derajat fungsi fisik yang tinggi akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darahnya dengan mudah. Selain itu, penderita diabetes dengan derajat fungsi fisik yang tinggi akan mempersepsi dirinya mampu untuk tidur dengan nyenyak, memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman meskipun memiliki diabetes. Sebaliknya, penderita diabetes yang memiliki derajat fungsi fisik yang rendah akan mempersepsi dirinya sulit atau tidak mampu untuk mengendalikan gula darah. Selain itu, penderita diabetes dengan derajat fungsi fisik yang rendah akan mempersepsi dirinya sulit tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tidak nyaman dan sering mengalami gejala rasa sakit.

Fungsi psikologis adalah ranah yang berkaitan dengan persepsi individu tentang keadaan dan kapasitas mental dirinya. Berdasarkan pandangan medis, aspek-aspek dari

psikologis yang mengalami dampak signifikan akibat diabetes adalah frekuensi dan durasi perasaan negatif serta penghayatan tentang *self-esteem*. Pada penderita diabetes yang memiliki fungsi psikologis yang termasuk kategori tinggi, penderita cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif dan perasaan negatif yang dialami dapat diatasi dalam jangka waktu yang pendek. Selain itu, penderita diabetes dengan derajat fungsi psikologis yang tinggi cenderung memandang dirinya sebagai individu yang tetap berharga dan pantas dibanggakan. Penderita diabetes yang memiliki derajat fungsi psikologis yang rendah cenderung akan mempersepsi dirinya semakin sering mengalami perasaan negatif dan membutuhkan jangka waktu yang panjang untuk mengatasi perasaan negatif. Selain itu, penderita diabetes dengan fungsi psikologis yang rendah cenderung memandang dirinya kurang sempurna dan kurang berharga daripada orang pada umumnya dan tidak merasa bangga terhadap dirinya.

Fungsi sosial adalah ranah yang berkaitan dengan persepsi individu tentang keadaan dari relasi-relasi individu dengan orang lain pada situasi sosial yang dipengaruhi oleh diabetes. Diabetes memengaruhi fungsi sosial melalui perubahan kualitas hubungan dan kuantitas interaksi individu dengan orang-orang di sekitarnya. Berdasarkan pandangan medis, aspek-aspek dari relasi sosial yang mengalami dampak signifikan akibat diabetes adalah kualitas dan kuantitas relasi dengan keluarga dan teman. Penderita diabetes dengan derajat fungsi sosial yang tinggi cenderung mempersepsi relasinya dengan keluarga sebagai hubungan yang harmonis. Penderita merasa nyaman berkumpul dengan keluarga, didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa dapat diandalkan oleh anggota keluarganya. Selain itu, penderita cenderung memandang relasinya dengan teman-temannya sebagai hubungan yang harmonis. Penderita merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetes dan tetap dilibatkan oleh teman-temannya. Penderita dengan derajat fungsi sosial yang rendah cenderung mempersepsi relasinya dengan keluarga sebagai hubungan yang kurang harmonis.

Penderita merasa kurang nyaman berkumpul dengan keluarga, tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tidak dapat diandalkan oleh anggota keluarganya. Selain itu, penderita cenderung memandang relasinya dengan teman sebagai hubungan yang kurang harmonis. Penderita merasa tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetes dan kurang dilibatkan oleh teman-temannya setelah memiliki diabetes.

Penderita diabetes yang memiliki derajat ranah fungsi fisik, psikologis, dan sosial yang tinggi cenderung mempersepsi diabetes tidak memengaruhi ranah kehidupannya secara signifikan. Penderita cenderung mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita juga cenderung memiliki relasi yang harmonis dan dekat dengan keluarga dan temannya, merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tetap dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya.

Penderita diabetes yang memiliki derajat ranah fungsi fisik dan sosial yang tinggi namun derajat fungsi psikologis yang rendah cenderung mempersepsi diabetes memengaruhi hanya sebagian dari ranah kehidupannya. Penderita cenderung mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita juga cenderung memiliki relasi yang harmonis dan dekat dengan keluarga dan temannya, merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tetap dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya. Akan tetapi, penderita cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga dan tidak pantas dibanggakan karena memiliki diabetes.

Penderita diabetes yang memiliki derajat ranah fungsi fisik, psikologis, dan sosial yang rendah cenderung mempersepsi diabetes memengaruhi sebagian besar atau seluruh ranah kehidupannya. Penderita cenderung mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan. Penderita juga cenderung memiliki relasi yang kurang harmonis dan renggang dengan keluarga dan temannya, merasa tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tidak dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya sejak memiliki diabetes.

Menurut Rubin (1999), DS-QOL dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu komplikasi diabetes, *treatment regimen*, dan faktor demografis.

Faktor yang pertama adalah komplikasi diabetes. Komplikasi diabetes berkaitan dengan kehadiran penyakit-penyakit penyerta yang berkembang akibat diabetes yang dimiliki penderita. Kehadiran dua atau lebih komplikasi dapat menimbulkan lebih banyak masalah fisiologis yang dapat memengaruhi fungsi fisik penderita (Rubin, 1999). Selain itu, kehadiran komplikasi juga dapat meningkatkan pengalaman emosi negatif dan kemungkinan penderita diabetes dalam mengembangkan gejala-gejala depresi dan kecemasan yang dapat memengaruhi fungsi psikologis penderita. Penderita diabetes yang tidak memiliki komplikasi cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita diabetes yang memiliki komplikasi cenderung akan mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk

beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan.

Faktor yang kedua adalah *treatment regimen*. *Treatment regimen* berkaitan dengan bentuk dan intensitas penanganan medis yang dijalani penderita terkait diabetes. Intensitas dan bentuk penanganan medis yang dijalani penderita dapat menimbulkan efek samping tertentu pada tubuh penderita yang dapat memengaruhi fungsi fisik penderita. Penderita diabetes yang melakukan lebih dari dua *treatment* atau menggunakan insulin cenderung merasakan lebih banyak efek samping secara fisik (Rubin, 1999). Penderita yang menggunakan insulin memiliki kualitas hidup yang lebih rendah karena diasumsikan telah melakukan manajemen diabetes dalam bentuk pola makan, olahraga, dan medikasi oral namun tidak berhasil atau mengembangkan komplikasi sehingga memerlukan insulin untuk menstabilkan kadar gula darah dengan cepat. Efek samping secara fisik yang dirasakan dari penanganan medis yang dijalani juga dapat membuat penderita diabetes lebih banyak mengalami perasaan negatif dan kecemasan terkait diabetes yang dapat memengaruhi fungsi psikologis penderita. Bentuk *treatment* berkaitan dengan pemakaian insulin dalam kehidupan sehari-hari. Pemakaian insulin secara rutin memerlukan biaya yang dapat menimbulkan perasaan sebagai beban bagi keluarga dari penderita diabetes. Penderita diabetes yang menjalankan kurang dari dua *treatment* dan tidak menggunakan insulin cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita diabetes yang menjalankan lebih dari dua *treatment* dan menggunakan insulin cenderung akan mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula

darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan.

Faktor yang ketiga adalah faktor demografis. Faktor demografis berkaitan dengan jenis kelamin, usia, taraf sosioekonomi, dan status marital yang dimiliki oleh penderita diabetes. Jenis kelamin memengaruhi cara individu melaporkan *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada fungsi fisik dan psikologis (Rubin, 1999). Penderita diabetes yang berjenis kelamin laki-laki cenderung menyatakan lebih sedikit keluhan fisik akibat diabetes dan lebih sedikit kecemasan dan gejala depresi daripada penderita diabetes yang berjenis kelamin perempuan. Secara biologis, perempuan memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengembangkan penyakit dan mengalami depresi daripada laki-laki. Selain itu, adanya intensifikasi peran gender menyebabkan penderita laki-laki terdorong untuk menampilkan kesan maskulin dan tidak menunjukkan penyakit yang dialami (Helgeson, 2012). Penderita diabetes yang berjenis kelamin laki-laki cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita laki-laki cenderung akan mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita berjenis kelamin perempuan cenderung akan mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita perempuan cenderung akan mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan.

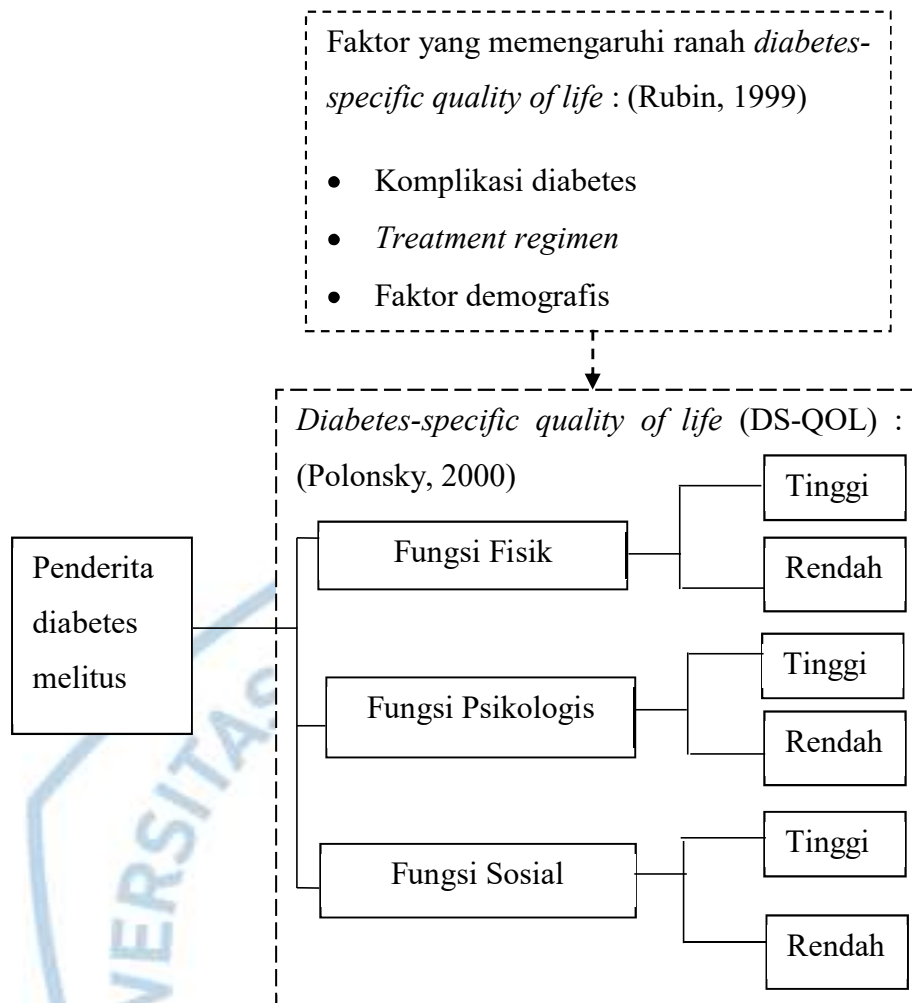
Usia memengaruhi *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) melalui perkembangan fisik dan sosioemosional di tiap tahap perkembangan usia. Seiring pertambahan usia, tubuh mengalami penurunan kekuatan otot, tulang, dan sistem imun (Rubin, 1999). Selain itu, pada masa dewasa awal dan madya, penderita mengalami banyak tekanan dari pekerjaan dan pertambahan tanggung jawab keluarga. Tekanan tersebut dapat meningkatkan pengalaman perasaan negatif pada penderita dan terbatasnya waktu untuk berkumpul bersama keluarga dan teman. Di sisi lain, penderita dewasa akhir mulai memasuki masa pensiun dimana penderita dapat menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga (Santrock, 2011). Penderita diabetes yang berusia muda cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman, sedangkan penderita diabetes yang berusia lanjut cenderung akan mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita diabetes yang berusia muda cenderung akan mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan. Penderita berusia muda juga cenderung memiliki relasi yang kurang harmonis dan renggang dengan keluarga dan temannya, merasa tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tidak dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya sejak memiliki diabetes. Di sisi lain, penderita diabetes yang berusia lanjut cenderung akan mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita berusia lanjut juga cenderung memiliki relasi yang harmonis dan dekat dengan keluarga dan temannya, merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tetap dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya.

Taraf sosioekonomi berkaitan dengan taraf pendidikan atau pendapatan rata-rata yang individu miliki (Rubin, 1999). Individu dengan taraf sosioekonomi yang lebih tinggi cenderung memiliki lebih banyak sumber daya dan kesempatan untuk mengakses pelayanan kesehatan fisik maupun mental. Penderita diabetes yang memiliki taraf sosioekonomi tinggi cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita juga cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita dengan taraf sosioekonomi tinggi juga cenderung memiliki relasi yang harmonis dan dekat dengan keluarga dan temannya, merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tetap dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya. Penderita diabetes yang memiliki taraf sosioekonomi yang rendah cenderung mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita juga cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan. Penderita dengan taraf sosioekonomi rendah juga cenderung memiliki relasi yang kurang harmonis dan renggang dengan keluarga dan temannya, merasa tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tidak dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya sejak memiliki diabetes.

Status marital berkaitan dengan sumber dukungan sosial yang berada di sekitar individu. Individu yang menikah atau tinggal dengan orang lain cenderung menerima lebih banyak dukungan dan bantuan dalam mengatur diabetes dari orang sekitarnya daripada individu yang *single* dan tinggal sendiri (Rubin, 1999). Pernikahan dapat menyediakan sumber daya berupa dukungan emosional, moral, dan finansial bagi penderita. Selain itu, pernikahan juga dapat

mempromosikan perilaku hidup sehat, menurunkan perilaku berisiko, dan meningkatkan deteksi penyakit secara dini (Helgeson, 2012). Penderita diabetes yang menikah dan tinggal dengan orang lain cenderung akan mempersepsi dirinya mampu untuk mengendalikan gula darah dengan mudah, tidur dengan nyenyak, memiliki cukup energi untuk beraktivitas, dan merasa tubuh tetap nyaman. Penderita juga cenderung mempersepsi dirinya jarang mengalami perasaan negatif, dapat mengatasi perasaan negatif dengan cepat, dan merasa dirinya berharga serta bangga terhadap dirinya. Penderita yang menikah dan tinggal dengan orang lain juga cenderung memiliki relasi yang harmonis dan dekat dengan keluarga dan temannya, merasa didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tetap dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya. Penderita diabetes yang belum menikah dan tinggal sendiri cenderung mempersepsi dirinya sulit untuk mengendalikan gula darah, tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidak memiliki energi untuk beraktivitas, dan merasakan banyak rasa sakit sejak menderita diabetes. Penderita juga cenderung mempersepsi dirinya sering mengalami perasaan negatif, membutuhkan waktu lama untuk mengatasi perasaan negatif, dan merasa dirinya kurang berharga serta merasa dirinya tidak pantas dibanggakan. Penderita yang belum menikah dan tinggal sendiri juga cenderung memiliki relasi yang kurang harmonis dan renggang dengan keluarga dan temannya, merasa tidak didukung dalam menjalankan manajemen diabetesnya, dan merasa tidak dilibatkan dalam lingkungan keluarga dan pertemanannya sejak memiliki diabetes.

Berikut disajikan diagram mengenai kerangka pemikiran dari penelitian ini:



Bagan 1.1. Kerangka Pemikiran

1.6. Asumsi Penelitian

- Derajat ranah fungsi fisik, psikologis, dan sosial dari *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) penderita cenderung menurun akibat diabetes.
- Derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi komplikasi diabetes, *treatment regimen*, dan faktor demografis.
- Derajat *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) pada ketiga ranah menjadi pertimbangan penderita dalam membuat keputusan terkait penanganan medis untuk diabetes yang sedang dijalankan atau yang akan diterima/dijalankan penderita.

- Penderita dengan derajat ranah *diabetes-specific quality of life* (DS-QOL) yang tinggi cenderung akan bertahan menjalankan penanganan medis yang sedang diterima.

